

第2号様式（第4条関係）

ヒトパピローマウイルス感染症に係る
任意接種費用助成金交付申請用証明書

令和 年 月 日

匝瑳市長 あて

被接種者 住 所

氏 名

生年月日 平成 年 月 日

※申請者が記入すること

上記の被接種者がHPVワクチンを接種したことについて、ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用助成金交付要綱第4条ただし書の規定により、下記のとおり証明します。

記

ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン		
	<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン		
予防接種を受けた年月日	1回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		
	年 月 日		0.5 mL
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		
	年 月 日		0.5 mL
	3回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		
	年 月 日		0.5 mL

実施場所：

医療機関コード：

医師名：

（署名又は記名押印）